

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 128

EVACUATION

D'UN

KYSTE HYDATIQUE THORACIQUE

DANS LA CAVITÉ PÉRITONÉALE

A TRAVERS LA CLOISON DIAPHRAGMATIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 8 Avril 1932

PAR

Martin-Pierre LOUBIC

Né à SALLES (Gironde), le 18 novembre 1904.

Examinateurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	Président.
		DUVERGEY, professeur.....	Juges.
		PAPIN, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 128

EVACUATION

D'UN

KYSTE HYDATIQUE THORACIQUE

DANS LA CAVITÉ PÉRITONÉALE

A TRAVERS LA CLOISON DIAPHRAGMATIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 8 Avril 1932

PAR

Martin-Pierre LOUBIC

Né à SALLES (Gironde), le 18 novembre 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	Président.
		DUVERGEY, professeur.....	Juges.
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique...	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médie.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

MM. { CABANNES (en congé).
BEAUVIEUX (chargé).
N.
GOURDON.
DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MERE

Témoignage de mon affection et de ma tendresse.

A MON ONCLE ET PARRAIN

A MA SOEUR — A MON BEAU-FRERE

A MES TANTES — A MES ONCLES

A MES COUSINS ET COUSINES

A MON COUSIN

LE DOCTEUR MARC SEDEILHAN (de Cavignac)

A SA FEMME

En reconnaissance de l'intérêt qu'ils
me portent et pour les remercier d'avoir
guidé mes premiers pas dans la prati-
que de la médecine.

A MES AMIS :

ETIENNE GREZE

Interne des hôpitaux.

MICHEL BERGOUGNAN

Interne des hôpitaux.

ROBERT BEYRIE

JEAN TECHOUHEYRES

A TOUS MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. SABRAZES

*Professeur d'anatomie pathologique et de microscopie clinique à la Faculté
de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Médecin-chef du Service des contagieux à l'Hôpital d'isolement,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. VILLEMIN

*Professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux
Croix de guerre,
Officier d'Académie,
Officier de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie.*

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. JEANNENEY

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint du Centre régional contre le Cancer,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F. PAPIN

*Chargé du Cours complémentaire de Médecine opératoire à la Faculté
de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société nationale de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine
et de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la médaille interalliée et de la Médaille de la Victoire,
Officier de l'Instruction publique.*

CHER MAÎTRE,

Dans des circonstances particulièrement graves, vous avez rendu la vie et la santé à ma sœur; dans votre enseignement hospitalier, vous m'avez toujours accueilli avec une grande bienveillance; soyez assuré de ma très grande et très respectueuse reconnaissance. Que votre bonté, votre droiture, votre haute conscience professionnelle, me soient toujours en exemple au cours de ma carrière médicale.

ÉVACUATION D'UN KYSTE HYDATIQUE THORACIQUE

DANS LA CAVITE PERITONEALE

A TRAVERS LA CLOISON DIAPHRAGMATIQUE

INTRODUCTION

Rare dans la plus grande partie de notre pays et cependant particulièrement fréquent en Normandie et dans les Landes de Gascogne, le kyste hydatique est actuellement une affection parfaitement connue.

Le kyste hydatique, transmis par le chien à l'homme, est dû au développement de la larve du *tænia échinococcus*. L'œuf de ce *tænia* absorbé avec l'eau de boisson, les légumes crus, ou déposé sur les mains de l'homme par les caresses du chien, passe dans l'intestin et, sous l'influence de la digestion, se débarrasse de sa cuticule et libère l'embryon exacanthé. Celui-ci, grâce à ses six crochets, perfore la muqueuse, entre dans la circulation porte et va se loger dans un organe, le plus souvent dans le foie ou le poumon. Arrivé là, il se fixe et devient une vésicule ou kyste hydatique.

L'ingestion des œufs du *tænia échinocoque* n'est pas le seul mode d'infestation. Le parasite peut être introduit dans les poumons par voie aérienne. C'est un fait qui, beaucoup plus rare que la contamination par ingestion, a cependant

été prouvé expérimentalement par Dévé qui réussit à parasiter des écureuils en leur faisant avaler des scolex.

Enfin, une observation du Docteur Lagrave, de Pissos (Landes) signale un cas de kyste hydatique à la suite d'une morsure de chien.

Ainsi formé, que va devenir le kyste hydatique ?

Il va grossir et se constituer sous forme d'une couche externe, appelée membrane cuticulaire, d'une couche interne ou membrane prolifère, d'où naissent les vésicules filles et les scolex.

Abandonné à lui-même, le kyste va augmenter de plus en plus de volume, et il suffira d'un traumatisme ou d'un effort portant sur le siège de l'affection pour que les membranes se déchirent et que le liquide du kyste s'épanche dans les organes voisins.

Chez l'homme, l'échinocoque présente de très nombreuses localisations, que l'on peut classer, d'après leur ordre de fréquence, en :

- Localisations sous-diaphragmatiques ou abdominales;
- Localisations sus-diaphragmatiques ou thoraciques;
- Localisations céphaliques et au niveau des membres.

Nous n'envisagerons dans cette étude que les kystes thoraciques.

L'évolution habituelle d'une tumeur échinococcique se fait suivant trois éventualités :

- 1° Vers la suppuration;
- 2° Vers la rupture;
- 3° Vers la guérison spontanée.

Il est tout à fait rare chez l'homme d'assister à la guérison spontanée de la maladie par régression et dégénérescence graisseuse ou infiltration calcaire du kyste. En pathologie humaine, on n'en connaît que deux ou trois cas. Cette évolution est, au contraire, assez commune chez le bœuf et chez le mouton.

Plus fréquente est la suppuration de l'hydatide. Elle suc-

cède le plus souvent à une infection pulmonaire ou à une infection générale intercurrente; souvent on ne lui trouve aucune cause occasionnelle bien évidente. Elle se manifeste par des phénomènes généraux plus ou moins graves entraînant ordinairement le malade vers une cachexie rapide.

Quelquefois enfin, le kyste hydatique continue à s'accroître, et il arrive un moment où il finit par se rompre. Sa rupture se fait suivant sa situation, soit dans les bronches, et la manifestation clinique est la vomique, soit dans la plèvre, et l'on constate alors les signes d'un épanchement liquidien. Plus rarement, l'évacuation du kyste se fait dans l'intestin (Laënnec), à l'ombilic (Dupuytren), ou dans le péricarde (Dévé). Enfin, et nous considérerons le fait comme exceptionnellement rare, puisque jamais signalé dans la littérature médicale, le kyste peut s'ouvrir dans le péritoine à travers le diaphragme. Mais cette évacuation intrapéritonéale peut se faire ou bien par des voies déjà tracées sous la forme d'orifices naturels du diaphragme : orifices de l'œsophage, de l'aorte ou de la veine cave inférieure, ou bien par des orifices artificiels consécutifs à une déchirure du diaphragme. C'est là la seule éventualité qui fera l'objet de notre étude.

CHAPITRE PREMIER

DES DIFFERENTES LOCALISATIONS DU KYSTE HYDATIQUE DANS LE THORAX

1° KYSTES DE LA PAROI THORACIQUE.

Ces kystes hydatiques sont d'une extrême rareté. On connaît une dizaine de cas de kystes développés dans les muscles, en particulier dans le grand pectoral (Docteur Pigeon, *Algérie médicale*, mai 1928), un kyste sous-pleural (Otto), deux kystes du sternum (Virchow, Madelung) et deux des côtes (Talini, Géraud et Mignot).

Ces tumeurs sont exceptionnelles et ne sont reconnues qu'à la ponction ou à l'opération.

2° KYSTES HYDATIQUES VERTÉBRAUX.

Les localisations de l'échinocoque sur le corps vertébral sont assez fréquentes. En effet, la vertèbre étant très vascularisée, il n'est donc pas surprenant de voir l'embryon exacanthé, entraîné par le torrent circulatoire, s'y fixer. De volume très variable, le kyste hydatique vertébral peut arriver à être considérable et contenir beaucoup de liquide. Ce liquide, du reste, est réparti dans un nombre considérable d'alvéoles plus ou moins spacieuses : la forme multiloculaire étant la forme osseuse du kyste hydatique.

L'évolution de cette forme échinococcique détermine, le plus souvent, soit des fractures spontanées, soit des symptômes de compression du médiastin ou de la moelle épinière. La rupture, quand elle a lieu, se produit dans le canal verté-

bral. Peut-elle avoir lieu vers la cavité thoracique et les organes qui s'y trouvent ? Il faudrait, pour que cette éventualité se produisît, que le kyste fût situé sur la région antérieure du corps vertébral, ou tout au moins qu'il se fût développé vers cette partie. Mais ces conditions étant remplies, il est probable qu'une fracture spontanée ou des symptômes de compression du médiastin auront été déterminés avant que l'échinocoque en soit arrivé à cette période de son évolution.

3° KYSTES HYDATIQUES DU MÉDIASTIN ET DU CŒUR.

Limité en arrière par la colonne vertébrale, en avant par le sternum et latéralement par les poumons, et recouvert par le feuillet viscéral de la plèvre, le médiastin contient le cœur, les gros vaisseaux artériels et veineux, la trachée, l'œsophage, les nerfs pneumogastriques et grand sympathique. De tous ces organes, celui qui est le plus souvent atteint par l'infection hydatique est le cœur.

« Hasard de localisation parasitaire quasi paradoxal et rarissime, lésion anatomique dépourvue d'expression symptomatique qui lui soit propre, affection dont l'histoire clinique se résume le plus souvent dans une mort inopinée; au total, une trouvaille d'autopsie, une pure curiosité pathologique sans intérêt pratique ni portée doctrinale. » (Dévé.)

Il est certain que le kyste hydatique du cœur représente un siège exceptionnel de l'échinococcose. Peut-être est-il malgré tout un peu moins rare qu'on a pu le penser. En effet, les statistiques modernes sont basées sur des faits d'ordre chirurgical, sans nécropsie pour la plupart. Or le kyste hydatique du cœur ne peut être reconnu que sur la table d'autopsie. Ces statistiques seront donc fausses en grande partie et seules des statistiques anatomiques permettront de dire quelle est la fréquence de l'affection. Signalons toutefois que le Professeur Dévé a pu réunir 137 cas authentiques d'échinococcose cardiaque, que ce même auteur en a analysé 110 et que l'hydatide se localisait le plus souvent au niveau du cœur gauche (36); alors qu'au niveau du cœur droit elle était de 36 et 48 au niveau de la cloison.

4° KYSTES HYDATIQUES DE LA PLÈVRE.

Les kystes hydatiques du foie ou du pōumon peuvent sup-purer et se rompre, et dans ce cas la plèvre peut être envahie par leur contenu; il en résulte, à moins d'accidents toxiques rapidement mortels, soit un épanchement pleural ou même un hydro ou un pyopneumothorax, la rupture intrapleurale s'accompagnant habituellement d'une ouverture dans les bronches, soit une échinococcose pleurale secondaire par ensemencement de la plèvre par les vésicules filles et les scolex du kyste hydatique primitif.

Mais à côté de ces kystes secondaires, il existe des cas de kystes primitifs de la plèvre. Leur rareté, et surtout la peine que l'on a même sur la table d'autopsie à les distinguer des kystes développés dans la zone corticale du pōumon, avait pendant longtemps fait douter de leur existence. Depuis, des documents anatomo-cliniques plus précis et les recherches de Dévé, qui, en 1908, arriva à prouver expérimentalement que l'embryon exacanthé pouvait de la périphérie du pōumon passer et coloniser dans la plèvre, ont définitivement résolu le problème de l'échinococcose pleurale dans le sens de l'affirmative.

5° KYSTES HYDATIQUES DU PŌUMON.

Les kystes hydatiques du pōumon, étudiés surtout depuis la leçon clinique de Trousseau (1862), viennent comme fréquence après les kystes hydatiques du foie. Ces kystes peuvent être primitifs et constituer la première atteinte de l'organisme par l'échinocoque inoculé par voie digestive ou par voie aérienne, ou être secondaires à une tumeur kystique déjà existante en un autre point de l'organisme, soit à d'autres kystes du pōumon, par voie bronchique, soit encore à des hydatides de l'hypocondre correspondant, par voie sanguine et surtout directement à travers le diaphragme usé par un kyste infecté sous-jacent.

Incluse en plein parenchyme, la vésicule hydatique siège

le plus souvent à la base du poumon, et notamment du poumon droit. Le kyste est le plus souvent uniloculaire; il présente une coloration blanchâtre et réfringente. La membrane adventice, péricuticulaire, est d'épaisseur variable suivant l'âge du parasite, et probablement suivant le degré d'infection du poumon autour de la vésicule. Elle se constitue progressivement par une densification du parenchyme pulmonaire refoulé, lequel devient plus ou moins scléreux. Cette membrane ne peut jamais être détachée du poumon. Les bronches de petit calibre sont refoulées par le développement du parasite, et parfois même oblitérées. Les grosses et moyennes bronches sont érodées par le développement du kyste. Les vaisseaux pulmonaires sont le plus souvent comprimés par le kyste, mais il existerait souvent autour du kyste des vaisseaux de néoformation; ceux-ci peuvent se rompre sous l'action de la vésicule hydatique et provoquer des hémoptysies. Les lésions pleurales sont variables; très fréquentes pour Dieulafoy, elles sont pourtant assez rarement importantes; elles ne sont guère représentées que par quelques adhérences ou des symphyses pleurales localisées surtout lorsque le kyste est juxta-pleural (Escudero).

L'évolution anatomique des kystes hydatiques est variable suivant leur topographie. Dévé les a divisés en : kystes centraux et kystes corticaux.

Les premiers, nés près des grosses bronches, peuvent s'ouvrir dans les conduites bronchiques à une époque relativement précoce de leur évolution, et se trouvent dans les conditions les plus favorables à la guérison spontanée.

Les kystes corticaux, au contraire, nés à distance des grosses bronches, auront plutôt tendance à s'ouvrir dans la plèvre et, très rarement, à travers elle et la cloison diaphragmatique, dans la cavité péritonéale.

CHAPITRE II

CONDITIONS ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DE LA RUPTURE DU DIAPHRAGME

I. — Anatomie et physiologie du diaphragme.

Muscle aplati et mince, le diaphragme sépare, à la manière d'une cloison transversale, la cavité thoracique de la cavité abdominale. Fortement bombé en haut, il affecte la forme d'une voûte dont la convexité correspond aux viscères thoraciques, la concavité aux viscères abdominaux. Ce muscle nous présente à sa partie centrale une large lame aponévrotique, que l'on compare à un trèfle à trois feuilles, c'est le centre phrénique. De tout le pourtour de ce trèfle aponévrotique s'échappent des faisceaux charnus qui vont ensuite chercher insertion sur la paroi thoracique.

Cette cloison, inégale par sa constitution, présente des points faibles au niveau desquels la barrière de séparation des deux cavités abdominales et thoraciques laisse plus ou moins à désirer. C'est en ces points que se produiront surtout les ruptures diaphragmatiques. Ces points faibles, que nous avons déjà signalés dans notre introduction, sont tout d'abord les orifices naturels destinés à laisser passer les organes qui du thorax vont à l'abdomen, et *vice versa* de l'abdomen au thorax. Outre ces points faibles orificiels, la cloison diaphragmatique présente d'autres points où sa résistance est moins grande qu'ailleurs. Ces points se rencontrent au niveau de l'insertion du diaphragme sur le pourtour du thorax, et ils résultent de l'écartement plus ou moins grand qui existe

entre deux faisceaux musculaires voisins au moment où ils vont s'attacher sur le rebord inférieur de la cage thoracique.

Quels sont l'action et le rôle de ce muscle ?

Muscle essentiellement inspirateur, le diaphragme produit par son jeu l'agrandissement du diamètre vertical du thorax. Il forme la base du cône thoracique, de sorte qu'en s'abaissant il modifie considérablement la capacité de ce cône. Comme il a la forme d'une voûte, en se contractant il redresse sa courbure; ainsi il augmente le diamètre vertical dont il forme la base, base convexe vers le haut pendant le repos du muscle, et presque plane pendant sa contraction. Mais en même temps que le centre voûté du diaphragme se porte en bas, sa périphérie monte sensiblement, de sorte que le thorax se dilate dans ses diamètres antéro-postérieurs et transverses. Il semble qu'à ce moment, où l'inspiration est à son maximum, on pourrait représenter le diaphragme comme une bande élastique tendue transversalement et séparant le thorax de la cavité abdominale. C'est à ce moment que des causes occasionnelles, entrant en jeu, pourront déterminer la déchirure du diaphragme.

II. — Etiologie de la rupture diaphragmatique.

Envisageons successivement les causes prédisposantes et les causes déterminantes susceptibles de provoquer pareille éventualité.

a) CAUSES PRÉDISPOSANTES.

Nous avons déjà dit que, pour qu'il y ait rupture du diaphragme, il fallait que le thorax fût en inspiration maxima et que le muscle fût tendu transversalement. En effet, si nous produisons un choc sur une membrane de caoutchouc parfaitement tendue, nous constaterons que la déchirure sera d'autant plus facile et plus rapide que le choc aura été plus violent, et que la membrane sera plus tendue. Si d'autre part, nous prenons la même feuille de caoutchouc, et que celle-ci fût dé-

tendue, nous verrons que, pour arriver au même résultat que dans l'expérience précédente, il nous faudra accomplir un effort beaucoup plus grand.

Nous pourrions comparer le diaphragme à la membrane de caoutchouc, et nous pourrions constater que celui-ci est beaucoup moins résistant à l'inspiration qu'à l'expiration, du fait de la tension opérée sur lui pour la dilatation de la cage thoracique.

Envisageons maintenant le cas où nous sommes en présence d'une hydatide ayant pour siège la cavité pleurale ou la corticalité du poumon. A l'inspiration, la poche kystique se trouvera prise entre deux forces : la force de dilatation pulmonaire et la force de résistance diaphragmatique. Si le diaphragme déploie à ce moment une force supérieure à celle mise en jeu par l'expansion pulmonaire, le kyste aura tendance à se rompre dans le poumon au niveau de la moindre pression. Mais si, et le fait sera d'une extrême rareté, la dilatation pulmonaire produit sur la paroi kystique une pression supérieure à celle déterminée par le diaphragme, à ce moment le kyste aura tendance à se rompre à travers le diaphragme.

Cependant à côté du cas où le diaphragme peut être considéré comme ne présentant aucune tare physiologique, il existe d'autres cas où ce muscle pourra être atteint par quelque affection, et par conséquent où sa résistance pourra être diminuée. On connaît, en effet, dans la littérature médicale quelques observations où l'on a pu constater une usure partielle de la coupole diaphragmatique, usure déterminée le plus souvent par une hydatite sus-jacente ou sous-jacente généralement infectée. Cette lésion, souvent constatée dans le cas de kyste hydatique de la face supérieure du foie, semble due, pour la plupart des auteurs, à une coalescence de la paroi kystique et du muscle.

b) CAUSES DÉTERMINANTES.

A côté des différentes raisons précédentes, suffisantes pour faciliter la déchirure du diaphragme, il existe d'autres causes qui seront nécessaires à la détermination de cette rupture.

Il semble que, parmi ces causes effectives, il faille placer en premier lieu les traumatismes. Mais est-ce à dire que tout traumatisme entraînera la rupture du kyste ? Non, et il faudra, pour que celle-ci se produise, que le choc se fasse suivant une direction de haut en bas, de la partie supérieure du thorax vers l'abdomen. Ces causes pourront se réduire à deux : compression thoracique et chute verticale d'une certaine hauteur.

Quel rôle peut jouer l'effort dans la déchirure du diaphragme ? L'effort se traduit par une inspiration forcée maxima déterminant une poussée intestinale de sens et de valeur variable et résultant de la contraction énergique du diaphragme et des muscles de l'abdomen. Nous sommes donc en présence de deux forces de sens contraire : la pression thoracique et la pression abdominale. Chez un individu normal, la pression thoracique ne triomphe jamais de la pression abdominale. Il est cependant des sujets chez qui cette éventualité peut se produire par suite d'un point faible de la paroi diaphragmatique ou d'une atteinte pathologique de cette même paroi.

La rupture peut-elle se produire au cours d'un vomissement ? Le vomissement est un effort qui a pour but de vider l'estomac de son contenu, cet organe se trouvant pris entre la contraction des muscles de la paroi abdominale et la contraction du diaphragme. Il est donc possible que celui-ci se déchire par suite d'une tension trop brusque. Chez notre malade, il est probable que la rupture se produisit au cours d'un vomissement.

La toux peut-elle avoir une action susceptible de causer une déchirure du diaphragme ? Lorsque on analyse la toux, soit en observant une secousse de toux chez un sujet, soit en inscrivant le phénomène à l'aide d'un pneumographe, on distingue deux temps successifs : d'abord une grande inspiration qui emmagasine de l'air dans la poitrine, ensuite une expiration violente qui chasse l'air à travers la glotte. L'inspiration est à la fois thoracique et abdominale, l'expiration est surtout abdominale : les muscles pariétaux de l'abdomen se

contractent et, par l'intermédiaire de la masse viscérale, ils refoulent en haut le diaphragme et vident ainsi la poitrine, déterminant une pression abdominale nettement supérieure à la pression thoracique qui est devenue négative. Il semble donc que chez un sujet porteur d'un kyste hydatique pulmonaire ou pleural, la toux aura tendance à faire évacuer ce kyste vers les voies supérieures bronchiques, plutôt que vers la cloison interthoraco-abdominale.

Par conséquent, nous pourrions dire que, dans la déchirure du diaphragme, le rôle de la toux paraît absolument nul.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE DE LA RUPTURE DU KYSTE

I. — Période de début : Le syndrome thoracique.

Le début d'une telle affection est essentiellement brusque. Le malade, qui était en parfait état, est, au cours d'un effort, d'un traumatisme ou d'un vomissement, surpris par une douleur si violente que soudain il perd connaissance et tombe en syncope. Celle-ci sera d'ailleurs d'autant plus rapide que le malade sera plus intoxiqué par l'hydatide.

C'est là toute la symptomatologie qu'il nous a été donné de constater chez notre malade.

II. — Période d'état.

a) ATTÉNUATION DU SYNDROME THORACIQUE.

La période précédente est brève et bientôt le malade reprend connaissance. Sa respiration devient plus régulière et la douleur thoracique s'atténue de plus en plus, au point que le malade peut se croire guéri.

Mais bientôt apparaissent de nouveaux symptômes qui vont constituer le syndrome abdominal.

b) LE SYNDROME ABDOMINAL.

La rupture intrapéritonéale d'un kyste hydatique thoracique trace, après la période de début, un tableau clinique analogue à celui déterminé par la rupture d'un kyste de la face antéro-inférieure du foie. Cette évacuation du liquide

échinococcique peut s'entourer de si peu d'accidents qu'elle reste inaperçue et que le syndrome thoracique reste la seule indication de l'affection. Chez notre malade, elle ne se traduisit que par la douleur thoracique, une poussée d'urticaire, quelques nausées. La rupture pourrait au contraire être dramatique : la douleur serait atroce, le malade pourrait avoir des syncopes, des vomissements, du hoquet, de la dyspnée qui pourrait persister, faisant suite à la période initiale; la mort pourrait survenir en quelques heures par anaphylaxie hydatique ou par choc; plus rarement, la mort serait le fait d'une hémorragie péritonéale.

En général, la rupture intrapéritonéale d'un kyste hépatique n'entraîne pas la mort, les symptômes dramatiques du début s'amendent plus ou moins rapidement; de l'urticaire apparaît; des nausées, des douleurs abdominales, traduisent la réaction de la séreuse, et l'on peut percevoir les signes d'un petit épanchement péritonéal.

Le kysté thoracique, ainsi rompu dans le péritoine, peut s'affaïsser définitivement et guérir; mais la poche peut aussi se refermer et souvent alors elle suppurera secondairement, de telle sorte qu'un kyste aseptique rompu a d'abord essaimé des scolex dans le péritoine et ne suppure que plus tard.

III. — Evolution.

Nous ne pouvons pas encore dire comment se terminera cette évacuation du kyste thoracique, car notre observation est encore trop récente. Mais il nous est permis de supposer que l'évolution sera la même que celle de la rupture d'un kyste hydatique du foie. Quelles sont donc les complications qui peuvent survenir dans ce cas ?

La rupture du kyste hydatique peut n'entraîner aucune complication et guérir. Ceci, quoique très rare, provient de ce que le liquide était aseptique.

Plus souvent, la mort surviendra plus tardivement par péritonite généralisée, la poche aseptique s'infectant secon-

dairement. Enfin cette terminaison de l'hydatide peut déterminer un ensemencement péritonéal qui secondairement donnera lieu à une échinococcose péritonéale (Dévé), qui n'apparaîtra que plusieurs années après la rupture : tantôt ces kystes secondaires sont innombrables, mais peu développés; on les trouve disséminés sur tout le péritoine sous forme de petites granulations qui rappellent les granulations tuberculeuses (pseudo-tuberculose échinococcique); tantôt les kystes secondaires vont devenir volumineux, former dans la cavité abdominale des tumeurs multiples et arrondies, plus ou moins superficielles; très souvent, les kystes se localisent dans le petit bassin où il est toujours important de les rechercher par le toucher rectal.

Cette échinococcose péritonéale se manifestera par des signes cliniques superposables à ceux qui apparaissent après la rupture d'un kyste hydatique du foie : le ventre est ballonné, distendu par un liquide libre simulant l'ascite. Il n'y a ni fièvre, ni réaction péritonéale grave. La paracentèse montre un liquide chargé de globules blancs, d'hématies et de scolex. Cette inondation péritonéale peut disparaître après la ponction ou se reproduire rapidement, entraînant une cachexie progressive et se compliquant parfois de péritonite secondaire (d'après Dévé).

Très souvent, après les accidents initiaux de la rupture, les signes s'amendent, et c'est après plusieurs mois, plusieurs années même, que l'ensemencement du péritoine se manifestera en clinique. Douleurs avec crises paroxystiques, ballonnement du ventre, compression des veines caves et mésentériques, constipation opiniâtre, tels sont les troubles les plus fréquents, avec les accidents cardio-pulmonaires par refoulement du diaphragme, qu'engendrent les kystes hydatiques du péritoine. L'inspection permet de déceler des bosselures plus ou moins régulières au niveau de l'abdomen. La percussion donne des zones de matité alternant avec des zones de sonorité. A la palpation, on trouve des masses régulières, élastiques et fluctuantes ne donnant qu'exceptionnellement la sensation du frémissement hydatique.

Selon que le développement est sous-diaphragmatique, abdominal ou pelvien, les signes fonctionnels et physiques empruntent à leurs localisations quelques particularités.

La pseudo-tuberculose hydatique se manifeste par des signes vagues : douleurs abdominales, troubles digestifs, ascite légère. Aussi les erreurs de diagnostic sont-elles fréquentes jusqu'au moment de la laparotomie, où il faut savoir reconnaître cette forme clinique.

Ainsi donc, à une longue période de latence, succède une phase de compression dont l'évolution plus rapide se termine par la cachexie. Diverses complications peuvent survenir : rupture, suppuration. Enfin, la grossesse, une maladie infectieuse, une intervention incomplète, ont pu précipiter l'évolution.

La mort est la terminaison habituelle. Néanmoins, Dévé a signalé certains cas de guérison par résorption, ces faits s'expliquant par la stérilité du kyste et par la formation d'anticorps spécifiques.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DE LA RUPTURE DU KYSTE

I. — Diagnostic positif.

En présence d'un pareil tableau clinique à début thoracique brusque, suivi d'une période de soulagement, puis d'une reprise de l'affection, caractérisée par un syndrome essentiellement abdominal, nous devons aiguiller nos recherches vers la possibilité d'une échinococcose thoracique.

Nous rechercherons dans les antécédents personnels du malade : si celui n'a pas habité dans une région où les kystes hydatiques soient fréquents, si celui-ci n'a pas été en contact intime avec des chiens, surtout des chiens d'abattoir s'infectant en mangeant les viscères de certains herbivores fréquemment porteurs d'hydatides.

Nous demanderons l'appui du laboratoire dont les recherches, quoique ne prouvant pas absolument l'affection, seront précieuses pour nous. Nous rechercherons tout d'abord l'éosinophilie sanguine dont la constance sera en faveur de l'échinococcose. Nous procéderons à la réaction de Weinberg, réaction du plus haut intérêt, basée sur le principe de la déviation du complément. Nous aurons recours à l'intradermo-réaction de Casoni, réaction rapide et spécifique. La radiographie, à cette période, ne nous apprendra probablement rien.

II. — Diagnostic différentiel.

a) AU MOMENT DE LA RUPTURE.

Avec quelles affections pourra-t-on confondre la rupture de l'échinocoque ? Tout d'abord avec les affections thoraciques brusques débutant par un point de côté. Il faudra donc faire le diagnostic avec toutes les pleurésies, séro-fibrineuses et purulentes. Mais ici le point de côté est assez étendu, plus ou moins aigu, exaspéré par la toux, les inspirations fortes, l'éternuement, et souvent par les mouvements. On recherchera les signes classiques de la pleurésie : matité, abolition des vibrations, obscurité respiratoire, égophonie, signe du sou, etc.; en cas d'hésitation, une ponction exploratrice lèvera tous les doutes. C'est surtout avec la pleurésie diaphragmatique qu'il faudra faire un diagnostic. La douleur y est très violente, arrachant des cris au malade, lui « coupant » la respiration, sans période de rémission. On recherchera avec soins les cinq points classiques de Peter et Guéneau de Mussy, points d'exploration du nerf phrénique, servant à interroger aussi bien le péritoine diaphragmatique que la plèvre diaphragmatique.

Nous aurons aussi à distinguer la rupture échinococcique d'avec les inflammations pulmonaires. D'abord, la pneumonie lobaire aiguë franche à point de côté violent et brutal, mais dont la grande élévation thermique nous incitera à rechercher les symptômes classiques (matité, exagération des vibrations, souffle et râles crépitants, expectoration caractéristique).

Nous pourrons aussi confondre avec un pneumothorax traumatique. Celui-ci débute par un point de côté subit, survenant à l'ordinaire à l'occasion d'une quinte de toux ou d'un effort, localisé vers la pointe de l'omoplate ou le mamelon et s'accompagnant d'une dyspnée très vive. Mais, et c'est ce qui différenciera le pneumothorax de l'échinococcose que nous avons décrite, les signes physiques : le tympanisme,

l'abolition des vibrations vocales, la disparition du murmure vésiculaire, et parfois le souffle amphorique, le bruit d'airain, le tintement métallique, les antécédents à l'ordinaire bacillaires ou emphysémateux, mais parfois absolument négatifs, permettront l'assiette rapide du diagnostic.

Quelles sont les affections abdominales qui pourront simuler la rupture du kyste ? Ce sont celles qui auront tendance à évoluer vers le thorax et qui pourront s'y rompre; parmi celles-ci, il convient de placer en premier lieu l'abcès sous-phrénique. Le plus souvent localisés dans l'hypocondre droit, ces abcès sont consécutifs tantôt à une affection hépatique, lithiasé biliaire, abcès ou kyste hydatique suppuré du lobe droit, tantôt à une perforation d'un ulcère duodénal, tantôt à une appendicite.

Le diagnostic se basera sur la douleur initiale prédominante dans l'hypocondre droit, irradiée souvent vers l'épaule droite, sur la voussure épigastrique étendue surtout vers la droite, sur l'augmentation de la matité hépatique, ou, au contraire, dans les cas d'abcès gazeux, sur l'immobilisation complète ou incomplète de la moitié droite du thorax, sur la coexistence fréquente d'une pleurésie droite, voire d'une névralgie phrénique de ce côté. Le diagnostic causal sera surtout basé sur les antécédents.

b) APRÈS LA RUPTURE.

A cette période de l'évolution, nous pourrions confondre cet épanchement avec toutes les collections liquides de l'abdomen. Nous aurons donc tout d'abord à faire le diagnostic des ascites.

Dans l'ascite d'origine hépatique, type cirrrose atrophique, le début est lent, graduel; le liquide est libre, mobile; on constate souvent de la fluctuation. Il a été précédé d'une période précirrhotique plus ou moins bien caractérisée (signes d'hypertension portale, hémorroïdes, circulation collatérale, troubles dyspeptiques, gastro-intestinaux, pituites, antécédents éthyliques).

De plus, la marche est progressive, le foie est toujours altéré (atrophie ou hypertrophie), la rate augmentée de volume, le syndrome d'hypertension portale manifeste, la **dé-nutrition évidente**.

Dans l'ascite d'origine péritonéale, l'épanchement est d'abondance moyenne à début lent et procédant par poussées progressives et régressives. Le liquide est peu mobile, souvent enkysté, parfois coexistant avec des empâtements mats et durs (gâteaux péritonéaux), surtout appréciables après ponction. Nous rechercherons les signes concomitants : frottements péritonéaux et pleuraux, ganglions, signes de bacillose pleuro-pulmonaire ou génitale, ou articulaire. Nous nous rappellerons la participation si fréquente de la plèvre aux processus de bacillose péritonéale, presque toujours à proprement parler : bacillose pleuro-péritonéale. En tout cas et comme sanction pratique, en présence d'une manifestation péritonéale suspecte, il conviendra d'explorer systématiquement les plèvres et d'y pratiquer toujours une ponction exploratrice; elle donnera la solution du problème dans le plus grand nombre des cas.

Dans l'ascite d'origine cardiaque, l'épanchement intra-abdominal succède manifestement aux autres hydropisies et s'associe fréquemment à l'hydrothorax. Les conditions dans lesquelles l'ascite se produit, l'asystolie concomitante, la constatation de la lésion cardiaque, imposeront le diagnostic.

Dans l'ascite pyléphlébitique, le cas sera plus épineux, car elle se distingue par son début brusque, mais sa reproduction ultra-rapide après ponction, les douleurs, la diarrhée, les vomissements, les hémorragies digestives qui l'accompagnent, la splénomégalie et le développement considérable de la circulation collatérale abdominale, nous donneront des bases suffisantes à l'établissement d'un diagnostic à peu près certain.

Toutefois, il existe des affections abdominales à début brusque et à épanchement intrapéritonéal, qui pourront nous présenter un syndrome abdominal semblable à celui que nous avons décrit.

La rupture d'une vésicule biliaire distendue se présentera chez un sujet dans les antécédents duquel nous retrouverons avec facilité les crises de coliques vésiculaires, l'ictère, la douleur au point cystique avec défense musculaire et hyperesthésie cutanée.

La rupture d'une hydronéphrose surviendra chez un sujet a passé lithiasique, ayant eu des manifestations urinaires, des crises douloureuses caractérisées par une douleur lombaire violente, irradiée à l'ombilic, à l'aîne, à la cuisse, avec vomissements, oligurie, parfois ténesme vésical. D'une durée de plusieurs heures, cette crise se termine par une débâcle urinaire abondante.

La rupture d'un kyste du mésentère et d'un diagnostic très difficile. Il ne sera fait que par exclusion, par la constatation de l'intégrité des organes abdominaux.

La rupture d'un kyste de l'ovaire se produit à la suite de mouvements violents et souvent sans cause appréciable. La malade peut n'éprouver aucun trouble de cette rupture qui peut alors passer inaperçue, mais le plus souvent elle ressent une douleur abdominale extrêmement vive, qui peut s'accompagner de vomissements et de syncope. En même temps, le ventre change de forme : au lieu d'être pointu et saillant en avant, il devient étalé et mou. La fluctuation disparaît pour faire place à une ondulation, comme dans l'ascite; quelquefois, en déprimant le liquide, on peut sentir plus profondément la poche présentant encore une certaine résistance. D'ordinairement aseptique (Auché et Chavannaz), le liquide des kystes de l'ovaire n'expose pas non plus à une intoxication grave. Aussi, dans la grande majorité des cas, la rupture des kystes de l'ovaire est un accident sans gravité (Demons, Boursier) : les phénomènes initiaux s'apaisent vite et le liquide se résorbe et s'élimine.

L'affection dont la différenciation nous sera le plus difficile sera la rupture d'un kyste hydatique du foie ou d'un autre organe de l'abdomen. En effet, le choc péritonéal sera le même que dans la rupture du kyste hydatique thoracique et

les réactions dues à l'anaphylaxie hydatique seront analogues. Seul le point douloureux siégeant soit dans l'hypochondre droit, gauche ou toute autre région, accompagné de passé hépatique, splénique, rénal, etc., pourra nous permettre d'établir un diagnostic de probabilité. Toutefois, les erreurs seront multiples, et l'on situera souvent par le raisonnement dans un certain organe tel kyste dont le siège sera entièrement différent.

CHAPITRE V

TRAITEMENT ET PRONOSTIC DE LA RUPTURE DU KYSTE

I. — Traitement.

Tout kyste hydatique thoracique rompu dans la cavité péritonéale doit être opéré le plus rapidement possible. Seul, en effet, le traitement chirurgical est susceptible d'apporter une amélioration sensible à l'état du malade.

La rupture de l'hydatide non infectée peut, nous l'avons dit, entraîner la mort rapide soit par anaphylaxie hydatique, par choc, soit par hémorragie péritonéale, et l'intervention la plus rapide ne pourra être tentée à cause de la trop brutale évolution de la maladie. Mais c'est là une éventualité rare. Nous trouvons plutôt un malade à symptomatologie thoracique atténuée, présentant de l'urticaire, des nausées et un petit épanchement péritonéal. Quelle sera la conduite que, dans ce cas, nous aurons à tenir ?

D'abord, persuader au malade qu'une intervention immédiate s'impose; ensuite pratiquer l'opération dans le plus bref délai possible, suivant la méthode qui fut employée chez notre malade :

- 1° Laparotomie médiane sus-ombilicale;
- 2° Nettoyage de la cavité péritonéale;
- 3° Recherche de la déchirure diaphragmatique;
- 4° Recherche de la paroi kystique par la déchirure;
- 5° Thoracotomie au niveau du kyste;
- 6° Suture de la déchirure du diaphragme;
- 7° Drainage large par voie thoracique et par voie abdominale.

II. — Pronostic.

Dans tout kyste hydatique rompu dans le péritoine et opéré dans de bonnes conditions, il faudra envisager deux éventualités du pronostic :

- un pronostic immédiat satisfaisant;
- un pronostic futur réservé.

Les conséquences immédiates de l'intervention seront, en général, d'autant plus favorables que celle-ci aura été plus précoce. L'évolution la plus fréquente se fera vers la guérison au moins momentanée.

Les conséquences tardives pouvant survenir après l'intervention seront beaucoup plus graves, et le pronostic futur sera très réservé, car des infections secondaires pourront survenir et entraîner par elles-mêmes un pronostic fatal. De plus, l'inondation du péritoine par le liquide échinococcique pourra entraîner, après des années, une échinococcose péritonéale secondaire.

OBSERVATION

*Evacuation du contenu d'un kyste hydatique thoracique
dans la cavité péritonéale à la faveur
d'une rupture du diaphragme.*

(G. CHAVANNAZ, Académie de médecine de Paris,
séance du 13 mars 1932.)

Mme X..., âgée de 60 ans, nous est présentée par son médecin le 21 avril 1927 pour des douleurs siégeant dans le flanc droit. Celles-ci ont débuté deux ans auparavant. Elles ont une localisation stricte dans le flanc droit sans irradiation dans l'hypocondre; non influencées par le repos, elles sont intermittentes, mais pendant trois semaines elles ont pris un caractère continu sans élévation thermique. Il y a eu à ce moment-là perte de l'appétit et essoufflement; dans ces derniers jours, l'appétit est revenu. A noter encore que la patiente est sujette à un prurit sans aucune éruption cutanée.

Mme X... a un bon état général. On trouve à signaler dans ses antécédents qu'elle a fait une crise de rhumatisme grave après un accouchement et qu'elle a dû être opérée pour sinusites frontale et maxillaire. Elle a eu deux grossesses, la première est terminée par un avortement à quatre mois et la seconde est venue à terme. L'enfant est resté bien portant. Les règles, qui étaient régulières, ont cessé à 50 ans, et, depuis, aucune perte vaginale ne s'est manifestée.

A l'examen, on note seulement que le bord inférieur du foie, parfaitement net, se sent à mi-chemin de l'ombilic et du rebord costal; en avant, on trouve de la matité remontant depuis le rebord hépatique jusqu'au niveau du mamelon. Le foie n'est pas douloureux à la palpation, la rate paraît un peu hypertrophiée. Il n'y a rien à l'auscultation. Le toucher vaginal est négatif. Les réflexes sont normaux. Un examen radiologique fait par un spécialiste qualifié décèle seulement, d'après ses dires, une hypertrophie du foie. Les urines sont normales. L'examen du sang par le professeur Muratet montre que le taux de l'hémoglobine est normal et qu'il y a

5.200.000 globules rouges et 13.640 globules blancs avec une formule leucocytaire quasi normale. Le Wassermann et le Weinberg sont négatifs.

Nous revoyons la patiente le 6 mai suivant. L'état est le même. Il n'y a pas d'ascite. La rate est toujours perceptible. L'examen du sang vient à l'encontre du diagnostic de kyste hydatique du foie qui nous paraît le plus probable.

Depuis ce moment, Mme X... reste soignée par son médecin ordinaire, qui lui fait un traitement spécifique et qui lui prescrit un régime alimentaire. Nous ne devons la revoir que dans les derniers jours de juillet 1930, moment où nous sommes appelé auprès d'elle dans les circonstances suivantes : Le 13 juillet, alors que l'état était satisfaisant, Mme X... a été prise brusquement de vomissements, puis d'une douleur abdominale très vive accompagnée de perte de connaissance. Son médecin ordinaire a prescrit un traitement symptomatique; il a fait, les jours suivants, pratiquer un examen radiologique par le même spécialiste qui avait déjà eu l'occasion de voir la malade. Les conclusions de ce confrère ont été nettement négatives. Il n'a trouvé qu'une chose : une image nettement agrandie des deux reins. Mais si la situation s'est améliorée, si les accidents syncopaux ne se sont pas reproduits, Mme X..., depuis le 13 juillet a gardé le lit. Elle a eu de l'urticaire et elle a souffert du ventre. C'est dans ces conditions que nous sommes rappelé auprès de la patiente.

A ce moment, l'état général est bon, mais le ventre est volumineux, ballonné, très difficile à palper en raison de la douleur. A l'auscultation thoracique, il n'y a aucun signe notable. Nous portons le diagnostic de kyste hydatique du foie rompu dans la cavité péritonéale et nous conseillons l'opération à brève échéance. Pour des raisons indépendantes de notre volonté, la malade ne peut entrer à la maison de santé que le 30 juillet; à cette date, l'état ne s'est pas modifié et, en particulier, la température est absolument normale.

L'opération est faite le 1^{er} août. Sous anesthésie générale à l'éther, nous pratiquons une laparotomie sus-ombilicale. L'ouverture du péritoine donne issue à un liquide tout à fait analogue à de l'eau

un peu sale. Cherchant à nous rendre compte de l'état des organes de l'étage supérieur de l'abdomen, nous devons détacher l'épiploon qui, relevé au-dessus du côlon transverse, est venu adhérer à la paroi abdominale antérieure. Nous voyons que la face antérieure du foie, son bord antérieur, sont normaux, que la rate ne présente aucune formation kystique. Nous nous efforçons d'éponger le liquide aqueux qui, en grande quantité, baigne les organes. Il semble que celui-ci ait son origine dans la région sous-diaphragmatique droite; alors une incision transversale est branchée à angle droit sur l'incision médiane et en abaissant la face supérieure du foie, tandis qu'un aide à l'aide d'une valve abdominale soulève fortement le rebord costal droit, nous finissons par découvrir, en pleine coupole diaphragmatique droite, une déchirure du diaphragme. Celle-ci est linéaire. Elle mesure un peu plus de 2 centimètres de longueur. Ses bords sont nets, à peine un peu souillés par places de sang noirâtre. En examinant avec soin et à jour frisant la région, en utilisant le miroir frontal, on voit que dans la plèvre existe une masse laiteuse dont la nature ne laisse pas de doute au point de vue de sa nature hydatique. Alors, avec une longue pince nous pénétrons à travers la brèche diaphragmatique jusque dans la cavité pleurale; nous pouvons en ramener une poche hydatique, flasque, absolument vide, régulière, tout à fait dépourvue d'adhérences périphériques et qui, lorsqu'elle, était pleine, devait avoir à peu près le volume d'un œuf d'autruche. Après léger formolage de l'hiatus diaphragmatique, abstersion aussi complète que possible de la plèvre et du péritoine. Nous introduisons dans la cavité pleurale à travers l'abdomen et le diaphragme une grande pince et, en nous guidant sur sa pointe, nous faisons à la face externe du thorax droit, dans le 10^e espace intercostal, une incision pariétale au bistouri. Grâce à celle-ci, de dehors en dedans, un drain est introduit dans la cavité pleurale. Du côté de l'abdomen, un drain en caoutchouc est placé entre la face convexe du foie et le diaphragme, tandis qu'un autre tube de caoutchouc descend jusque dans le Douglas. Le drain thoracique et les deux drains abdominaux prolongés à l'aide d'ajutages viennent plonger dans une bouteille remplie de liquide antiseptique afin de réaliser un siphonnage permanent. La plaie abdominale est

suturée par plans avec fils de renforcement métalliques comprenant toutes les couches de la paroi, à l'exception du péritoine.

Les suites de cette opération sont tout à fait régulières, il n'y a ni réaction locale, ni élévation thermique. Les deux drains abdominaux sont retirés le 2 septembre, la réunion est complète. Par contre, au niveau de la plèvre, le drain doit être maintenu longtemps et la guérison définitive n'est obtenue que le 26 novembre, date à laquelle l'opérée quitte la maison de santé. Depuis, nous avons eu l'occasion de voir Mme X..., son état général est excellent. Elle n'accuse aucun symptôme pathologique et nous ne trouvons à relever dans ces derniers jours qu'une faiblesse de la cicatrice de l'abdomen.

La paroi du kyste, épaisse d'environ 1 mm. 1/2, souple, de coloration absolument blanche et en parfait état de conservation, avait été enlevée en entier. Elle a été examinée par M. le docteur Pierre Nadal, qui y a rencontré la structure lamellaire classique des formations échinococciques.

CONCLUSION

Il est difficile de tirer des déductions de la constatation d'un fait isolé. Cependant de l'étude de cette complication rare entre toutes, qu'est la rupture du kyste thoracique dans le péritoine à travers le diaphragme, nous pourrions tirer les enseignements suivants :

1° De tous les kystes thoraciques, celui qui est le plus susceptible de se rompre dans le péritoine à travers le diaphragme est le kyste pleuro-pulmonaire;

2° Les traumatismes, les efforts, les vomissements favorisent les déchirures du diaphragme;

3° La pénétration du contenu d'un kyste hydatique thoracique dans la cavité péritonéale se manifeste au point de vue clinique par un syndrome thoraco-abdominal;

4° Nécessité d'une intervention précoce;

5° Résultat actuellement bon chez notre malade deux années après l'opération.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 19 mars 1932.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

